

Allegato B

AUTORIZZAZIONE MEDICA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(Da compilare a cura del medico curante/medico ASL)

Intestazione Medico

Per l'alunno

Cognome..... Nome.....

Luogo/Data di nascita Residente a

in via Telefono

Stato di malattia dell'alunno

.....
.....

Si prescrive la somministrazione assoluta e necessaria in orario scolastico, del seguente farmaco indispensabile / salvavita:

Nome del farmaco

Forma farmaceutica

Evento in cui occorre somministrare il farmaco

.....
.....

Modalità di somministrazione Dose

Orario:

.....

Durata terapia: dal.....al.....

Possibili effetti collaterali e interventi necessari per affrontarli

.....
.....

Modalità di conservazione del farmaco

Il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola

SI' NO

note

.....

Data

Timbro e firma